

Zur Analyse der Handlungsstruktur ärztlicher Gespräche mit Patienten

Prof. Dr. Thomas Spranz-Fogasy

apl. Professor für Germanistische Linguistik an der Universität Mannheim

wiss. Mitarbeiter der Abteilung Pragmatik am Institut für Deutsche Sprache, Mannheim

The Structure of the Doctor-patient-communication

Abstract

The contribution deals with the interactive structure of doctor-patient-communication. After a short discussion about the relevance of doctor-patient-communication within the public health policy, an outline is given on the medical and linguistic research on doctor-patient-communication in Germany. Basic features of conversations and the conversation analytic methodology are presented then. Conversation analyses of doctor-patient-communication reveal five main interactive components which are discussed in detail. Finally, some considerations concerning implementation of linguistic research in medical practice are discussed.

Key Words: Doctor-patient-communication, Conversation analysis, Structure of doctor-patient-communication

Die Bedeutung des ärztlichen Gesprächs im Gesundheitswesen

Medizinische Kommunikation durchdringt alle Bereiche des medizinischen Handelns in vielfältigen Formen. Mündliche Kommunikation verbindet die Mitglieder unterschiedlicher Gesundheitsberufe und die Patienten in vielen Formen: in Anamnesegesprä-

chen, Visiten, Aufklärungsgesprächen, Teambesprechungen, Telefonaten etc.; oder auch 'nebenbei' in Anweisungen am OP-Tisch, Bitten um Mitarbeit bei der körperlichen Untersuchung usw. Unzählige schriftliche Texte sichern die Leistungen von Institutionen des Gesundheitswesens wie Patientenakten, Arztbriefe, Überweisungen, Rezepte, Krankenschreibungen oder Beipackzettel. Neuere Konzeptionen einer 'Gesundheitsgesellschaft'¹² postulieren eine weitgehende Durchdringung moderner Gesellschaften mit Fragen der Gesundheit und Krankheit. Auch Gesellschaftsbereiche wie Wirtschaft, Medien, Recht, Erziehung verschreiben sich dabei maßgeblich dem Gesundheitsdiskurs: keine Zeitung und kein Fernsehen ohne Gesundheitsrubrik, Millionen von Internetseiten zur Gesundheit, Lebensmittel mit Gesundheitsinformationen, Gesundheit als Erziehungsziel etc.

교신저자 : Prof. Dr. Thomas Spranz-Fogasy

apl. Professor für Germanistische Linguistik an der Universität Mannheim; wiss. Mitarbeiter der Abteilung Pragmatik am Institut für Deutsche Sprache, Mannheim
Institut für Deutsche Sprache, R 5,6-13,
D-68161 Mannheim, Germany
E-Mail: spranz@ids-mannheim.de

* Überarbeitete Version eines Vortrags im Forschungsprojekt "A Dialogical Analytical Research on the Medical Communication", Institute of Humanities Research, Seoul National University (Korea) am 2. Mai 2008

Die zentrale Produktionseinheit des Gesundheitswesens⁹ ist aber nach wie vor die mündliche Interaktion zwischen Arzt und Patient, sie liegt wie es Epstein und andere⁴ formulierten im 'Herz der Medizin': Hier werden die meisten Diagnosen erstellt, hier werden Behandlungspläne entwickelt und entschieden, und es werden die relevanten ökonomischen Entscheidungen des Gesundheitswesens getroffen. Hier werden aber auch die psychosozialen Grundlagen für das zukünftige Befolgen von ärztlichen Ratschlägen und damit für die Behandlungsergebnisse geschaffen. Das ärztliche Gespräch ist somit der wichtigste Erfolgsfaktor des Gesundheitswesens.

In der westlichen Medizin ist man sich stets der besonderen Bedeutung des Gesprächs mit dem Patienten bewusst gewesen. Schon vor mehr als 2000 Jahren hat man erkannt, dass man 'Kranke durch Worte heilen' könne. Freud hat das ärztliche Gespräch dann ebenfalls als 'talking cure' charakterisiert, und Balint wie auch die psychotherapeutische Schule von Palo Alto (Bateson, Jackson, Watzlawick) haben ab den 1960er Jahren umfangreiche Forschungen zur medizinischen Bedeutung ärztlicher Gespräche durchgeführt. In Deutschland haben Meerwein¹⁸ und danach vor allem Geisler⁶ ihre Erfahrungen und Beobachtungen aus dem Sprechstunden-Alltag in praktische Anleitungen umgesetzt. Ripke²⁴ entwickelte Konzepte ärztlicher Gesprächsführung auf der Basis des gesprächspsychotherapeutischen Ansatzes nach Rogers²⁵ und nutzte dazu auch tontechnisch aufgezeichnete authentische Gespräche. Zuvor schon wurden authentische Gespräche insbesondere aus der klinischen Visite aus medizinischer, medizinpsychologischer und medizinsoziologischer Perspektive untersucht^{15,26}. Vor allem die Arbeitsgruppe um Köhle hat sich dann in den letzten Jahren ausführlich mit dem ärztlichen Gespräch in Klinik und Praxis befasst und Leitfäden entwickelt¹⁴. Im Rahmen der Reform der

Curricula an den medizinischen Universitäten und in der psychosomatischen Weiterbildung hat auch die Ausbildung in der ärztlichen Gesprächsführung in den letzten Jahren einen erheblichen Stellenwert erhalten. Eine gründliche Auseinandersetzung mit den Besonderheiten verbaler Interaktion, wie beispielsweise Flüchtigkeit oder Prozessualität unterblieb jedoch bislang. Die besondere Bedeutung des Arzt-Patient-Gesprächs und die Notwendigkeit einer linguistisch-kommunikationswissenschaftlichen Untersuchung wird jedoch klar, wenn man sich vor Augen führt, dass Ärzte im Lauf ihres Berufslebens ca. 200.000 Gespräche mit Patienten führen¹⁶, diese also den weitaus größten Teil ihres beruflichen Handelns ausmachen.

Linguistische Untersuchungen zur medizinischen Kommunikation

In der deutschen Linguistik wurden medizinische Themen zunächst im Rahmen der Fachsprachenforschung behandelt. Daraus, wie auch aus einem zunehmenden Interesse an institutioneller Kommunikation¹, entwickelte sich in engem Zusammenhang mit der Etablierung der linguistischen Gesprächsforschung ab etwa 1975 ein breiter Schwerpunkt der Erforschung ärztlicher Gespräche. Die technische Entwicklung von Geräten zur Aufzeichnung und deren Verarbeitung, wie auch die methodischen Entwicklungen der Gesprächsforschung machten es möglich, ärztliche Gespräche in ihrer natürlichen Umgebung zu erfassen und systematisch auszuwerten. Im Mittelpunkt der Untersuchungen standen Arbeiten zu den institutionellen Orten (Krankenhaus, Allgemeinpraxis) und den verschiedenen Interaktionstypen (Anamnese, Visite), zu Besonderheiten bestimmter Krankheitstypen (Kreislauferkrankungen, chronische Erkrankungen) und Patientengruppen (ältere Patienten,

Migranten). Einen Überblick zur Forschung gibt Löning 2001.

Neuere Forschungen im deutschsprachigen Raum befassen sich mit dem Wie des Sprechens in Arzt-Patient-Gesprächen. Dabei geht es auch um diagnostische Verfahren im Zusammenhang mit Patienten mit epileptischen Anfällen⁷, um Schmerzdarstellungen allgemein⁸ und um geschlechtsspezifische Unterschiede bei Koronarerkrankungen¹⁹. Weitere Themen betreffen spezifische Typen und Komponenten des ärztlichen Gesprächs wie präoperative Aufklärung, psychosoziale Anamnese, Diagnosemitteilung oder Modelle der Beziehungsgestaltung im therapeutischen Entscheidungsdialog sowie besondere sprachliche Formen wie Reformulierungen oder Erzählen. Beiträge zu diesen Themen finden sich u. a. in Neises et al.²⁰; eine Metastudie zur deutschsprachigen Forschung bietet Nowak²¹. Gemeinsam mit Peter Nowak habe ich auch eine umfangreiche Bibliografie zur medizinischen Kommunikation erstellt (<http://hypermedia.ids-mannheim.de/gais/pdf/API-07032007.pdf>). Eine umfassende Online-Forschungsdatenbank zur Diskursforschung über deutschsprachige Arzt-Patient-Interaktion (API-on) ist gerade vom Wiener Institut für Sprachwissenschaft ins Netz gestellt worden (<http://www.univie.ac.at/linguistics/florian/pi-on/index.htm>).

Insbesondere im angloamerikanischen Raum wurden ebenfalls seit den 1970er Jahren breit angelegte Forschungen zum ärztlichen Gespräch aus medizinischer, soziologischer und linguistischer Sicht durchgeführt. Frankel⁵ spricht gar von einem 'sociolinguistic turn' der Medizin in den USA. In den neueren Arbeiten¹⁰, die zunehmend in Kooperation mit Praktikern und der medizinischen Forschung publiziert werden, ist hier schon die in Deutschland bislang völlig vernachlässigte Integration von qualitativen und quantitativen Untersuchungen ein zentrales Anliegen.

Bevor ich mich nun der Analyse der Handlungsstruktur ärztlicher Gespräche zuwende, möchte ich zunächst noch ein paar allgemeine Aspekte von Gesprächen und die Vorgehensweise der linguistischen Gesprächsanalyse darstellen. Ich werde dann den Handlungsablauf ärztlicher Gespräche darstellen und spezifische Handlungsaufgaben und Aktivitäten von Ärzten, wie die Gesprächseröffnung und die Beschwerdenexploration, in ihrem Kontext und in ihren Konsequenzen erläutern. Ich werde mich dabei auf das Erstgespräch in der Praxis niedergelassener Ärzte beschränken, das heißt auf das erste Gespräch zwischen Arzt und Patient in Bezug auf ein bestimmtes Krankheits- oder Beschwerdebild.

Grundeigenschaften von Gesprächen

Wo immer Gespräche geführt werden, unterliegen sie bestimmten Bedingungen allgemeingültiger Art. In der linguistischen Gesprächsanalyse werden fünf allgemeine Merkmale von Gesprächen als ihre Grundeigenschaften hervorgehoben, Ausführlich dazu Deppermann 1999, die auch für die Gesprächspraxis, ihre Bewertung und ihre Veränderungsmöglichkeiten bedeutsam sind: Was Gesprächsteilnehmer tun, kann hinsichtlich dessen betrachtet werden,

- inwiefern es zur Herstellung von Gesprächen beiträgt (Konstitutivität),
- den Gesprächsablauf beeinflusst (Prozessualität),
- den Austausch der beteiligten Individuen organisiert (Interaktivität),
- Musterhaftigkeit aufweist (Methodizität) oder
- zum Erfolg oder Misserfolg von Gesprächen beiträgt (Pragmatizität).

Die Eigenschaft der Konstitutivität, also der Herstellung von Gesprächen durch die Gesprächsteilnehmer selbst, lässt sich in verschiedenen Hinsichten nach Ebenen der Interaktionskonstitution

differenzieren. Zum Konzept der Interaktionskonstitutionsebenen siehe Kallmeyer 2005. Dabei geht es darum, wie der formale Ablauf von Gesprächen, etwa der Sprecherwechsel, organisiert wird (Ebene der Gesprächsorganisation), wie komplexe Sachverhalte dargestellt werden (Sachverhaltsdarstellung), wie Gespräche als Handlungen oderwie Teilhandlungen darin realisiert werden (Handlungskonstitution) oder wie soziale Rollen und Beziehungen organisiert sind (Identitäts- und Beziehungsorganisation). Diese Ebenen greifen in Gesprächen auf vielfältige Weise ineinander und bedingen einander wechselseitig. Sie stellen aber jeweils besondere Anforderungen an die Beteiligten und bieten jeweils spezielle Möglichkeiten der Gesprächsgestaltung.

Spiegeln alle Ebenen eine bedeutsame Rolle bei der Herstellung und Durchführung von Gesprächen, so ragt dennoch für eine praxisorientierte Betrachtung eine Ebene heraus, die Ebene der Handlungskonstitution. Auf ihr werden Gesprächsziele entfaltet und organisiert, sie ist der Maßstab jeder professionellen und institutionellen Kommunikation, für die auch therapeutische Beziehungsarbeit nur dienende Funktion hat - im Vordergrund steht die Hilfe für die Patienten.

Wie für alle anderen Ebenen der Interaktionskonstitution, so konnten auch für die Handlungskonstitution anhand der Untersuchung systematisch vorkommender Aktivitäten übergreifende Orientierungsmuster festgestellt werden. Diese sogenannten Handlungsschemata werden von Gesprächsteilnehmern in Kraft gesetzt, sie qualifizieren das Gespräch als bestimmten Gesprächstyp (wie eben ein ärztliches Gespräch), und sie erlauben es den Gesprächsteilnehmern, ihre Äußerungen im übergreifenden Handlungszusammenhang zu verorten²⁷. Ein solches Handlungsschema enthält Vorstellungen darüber,

- welche Bestandteile (Handlungsschemakomponenten)

ten) dazu gehören,

- was aufeinander folgt (Abfolgelogik) und
- wer was macht (Beteiligungsaufgaben).

Ein Handlungsschema stellt so eine komplexe Hierarchie von Aufgaben dar, die von den Gesprächspartnern gemeinsam, nacheinander und im Wechsel zu bewältigen sind. Hinsichtlich der Handhabung der Bestandteile sind die Gesprächsteilnehmer relativ flexibel. Dabei richten sie sich nach den spezifischen Anforderungen des konkreten Gesprächs und erweitern oder reduzieren ihre Gesprächsaktivitäten entsprechend.

Die Ermittlung eines Handlungsschemas erlaubt nun die genaue Beschreibung der Variation und Funktion des kommunikativen Handelns gänzlich unterschiedlicher Gespräche dieses Interaktionstyps und damit eben auch einen Vergleich zur Einschätzung von günstigeren und weniger günstigen Vorgehensweisen.

Die Handlungsstruktur ärztlicher Gespräche

Die weiteren Ausführungen basieren auf der Analyse von 60 authentischen Gesprächen von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtung. Die Auswertung dieser Gespräche ergab, dass das Handlungsschema des ärztlichen Gesprächs fünf zentrale Komponenten enthält.

1. Begrüßung und Gesprächseröffnung
2. Beschwerdeschilderung und Beschwerden
3. Diagnosestellung
4. Therapieplanung und -entwicklung
5. Gesprächsbeendigung und Verabschiedung

Ich werde im Folgenden diese Komponenten in unterschiedlicher Ausführlichkeit charakterisieren.

1. Begrüßung und Gesprächseröffnung

Schauen wir uns einmal folgendes authentisches Beispiel an (Die Zahlen in Klammern zeigen Sprechpausen an):

A: So naa (2.0) was führt sie denn hierher? (2.0)

P: Guten Morgen

A: Setzen sie sich mal (0.5) mh

P: Ich bin mit mei ich hab also wahnsinnige Magenschmerzen

Schon auf den ersten Blick kann man erkennen, dass hier etwas nicht stimmt – die Reihenfolge der Äußerungen nämlich. Auf die Eröffnungsfrage der Ärztin folgt erst die Begrüßung seitens der Patientin und noch einmal später kommt die

Aufforderung der Ärztin, sich zu setzen. Nun kann man sagen, das sei ja nicht so problematisch, die Patientin schafft es ja dann auch, mit ihrer Beschwerdenschilderung anzufangen. Aber zumindest eines zeigt dieser Gesprächsbeginn: Die Situation ist nicht so beschaffen, dass beide Gesprächspartnerinnen sich voll und ganz einander zuwenden können, ein gewisses Irritationspotenzial für eine so sensible Situation ist vorhanden. Und zumindest in diesem Gespräch ist das auch ein erster Baustein für das Misslingen.

Der Einstieg in das ärztliche Gespräch ist also für

beide Seiten eine heikle Angelegenheit. Hier beginnt das Gespräch über gesundheitliche Probleme und Beschwerden und es finden sich wesentliche Momente der Beziehungsdefinition. Nach Begrüßung, Regelung der Sitzordnung und anderen Präliminarien geht es zunächst darum, die Aufmerksamkeit aufeinander und auf die Aufgaben des kommenden Gesprächs auszurichten. Der Arzt zeigt an, dass er jetzt bereit ist, sich die Beschwerdenschilderung des Patienten anzuhören.

Die Untersuchung der Gespräche hat ergeben, dass Ärzte ganz unterschiedliche Möglichkeiten der Gesprächseröffnung wählen. Das Spektrum reicht dabei von sehr einschränkenden Vorgaben bis zur völligen Offenhaltung für die Darstellung des Patienten. Die vorgefundenen Varianten können in einem Spektrum von direktiv zu non-direktiv geordnet werden.

Diese Eröffnungszüge erzeugen unterschiedliche Handlungszwänge und Freiheiten, aber auch Probleme. So muss ein Patient bei einer Entscheidungsfrage aktiv widersprechen, wenn seine Beschwerden nicht die sind, die der Arzt unterstellt – und manche Patienten trauen sich das nicht.

Die rituell-offene Frageerzeugt ein Dilemma zwischen dem Ritual "Wie geht es Ihnen?" und der im Arztgespräch damit verbundenen Frage nach

Typen	Beispielformulierungen
Entscheidungsfrage	Sie kommen wegen ihrer Rückenbeschwerden?
offene Frage	Was kann ich für Sie tun? Was führt Sie zu mir?
rituelle-offene Frage	Wie geht es Ihnen?
inhaltliche Frage	Was haben Sie für Beschwerden?
offene Aufforderung	Nun erzählen Sie mal!
inhaltliche Aufforderung	Erzählen Sie mal, warum Sie hier sind!
implizite Aufforderung	Na, Frau Müller?
Sich-zur-Verfügung-Stellen	Signalisierung von Aufmerksamkeit (z.B. durch Blickkontakt)

Beschwerden. Der folgende Fall zeigt ein solches Dilemma:

A: So (0.3) wie geht es denn so im Moment?

P: Och im Moment ganz gut nur die Luft

Wie sich im späteren Verlauf des Gesprächs herausstellt, bezieht sich der Patient mit dem Ausdruck <Luft> auf massive und ernst zu nehmende Herzbeschwerden.

Neben Fragen finden sich auch Aufforderungen. Sie erschließen dem Patienten zwar ein relativ weites Feld von Reaktionsmöglichkeiten, er ist aber immer noch an die vom Arzt vorgegebene sprachliche Form gebunden.

Im Gegensatz dazu zeigt der folgende Gesprächsausschnitt einen völlig offenen Beginn:

P: Die Frage ist jetzt dass ich irgendwas sage

A: Tja

P: Und zwar ich komm weil es mir im Moment (0.3) seit drei Tagen (0.4) total komisch geht [...]

Hier zeigt sich der Arzt lediglich gesprächsbereit und aufmerksam, ohne durch Fragen oder formulierte Aufforderungen den Aktionsradius der Patientin einzuschränken. Sie entwickelt dann von sich aus und ohne eine Rahmung durch den Arzt ihre Beschwerdenschilderung. Diese Art der Gesprächseröffnung kann als Sich-zur-Verfügung-Stellen bezeichnet werden.

Für Ärzte ergeben sich aus der Untersuchung von Gesprächseröffnungen einige Konsequenzen. Sie sollen in erster Linie einmal genügend Ruhe und Aufmerksamkeit für das Gespräch schaffen. Am wichtigsten ist dann, dem Patienten die ungeteilte Aufmerksamkeit und ausschließliche Zuwendung zu demonstrieren. Die hier vorgestellte Liste der verschiedenen Eröffnungszüge macht es möglich, verschiedene Varianten zu wählen und zu erproben.

2. Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration

Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration sind komplementäre Aktivitäten von Patient und Arzt. Hier geht es darum, das spezifische Fallwissen über die Beschwerden seitens des Patienten und das allgemeine medizinische Wissen des Arztes abzugleichen. Diese Gesprächsphase kann sehr unterschiedlich gestaltet sein, je nach den Möglichkeiten der Patienten zur Darstellung und den Interventionen und Ergänzungswünschen des Arztes. Diese Phase zeichnet sich durch ein Wechselspiel von Schilderung, aktivem Zuhören und explorativen Aktivitäten aus.

Aktives Zuhören umfasst, neben empathischem Schweigen, Rückmeldesignale, verständnissichernde Reformulierungen sowie begleitende Kommentare zu den Darstellungen der Patienten. Zuhören ist ein aktives und kooperatives Handeln, das dem Patienten die für beide Seiten optimale Entfaltung seiner Problemsicht ermöglicht. Der Arzt muss aber auch eigene Aktivitäten entfalten, um sein Verständnis und letztlich auch die Diagnose abzusichern.

Dem Arzt stellen sich hier mehrere schwierige Probleme. Jede Frage stellt eine Intervention dar, die den Patienten in seiner Schilderung unterbricht, seine Gedanken ablenkt und vielleicht wichtige Informationen verhindert. Andererseits braucht der Arzt oft genug zusätzliche oder nähere Angaben, die sein Bild von den Beschwerden ergänzen.

Arzt und Patient haben ein unterschiedliches Wissen und beurteilen Beschwerdesachverhalte anders. Es herrschen oft recht unterschiedliche Vorstellungen darüber, was genauer gesagt werden muss oder was vage bleiben kann. Viele Patienten legen den Akzent auf das subjektive Erleben ihrer Beschwerden und vernachlässigen objektive Komponenten wie Zeitpunkt (e) des Auftretens, Begleitsymptome usw. Die meisten

Tabelle: Unterschiede zwischen Präzisierungsfragen Komplettierungsfragen

Präzisierungsfragen	Komplettierungsfragen
an der Äußerung des Patienten (patientenangeleitet)	am Wissen des Arztes orientiertorientiert (wissensgeleitet)
auf der Ebene des Patienten angesiedelt (durch direkten Zusammenhang)	auf der Ebene des Arztes angesiedelt (weil ohne direkten Bezug)
transparent	oft undurchschaubar für Patient
wenig interventiv	stark interventiv
wenig dominant	stark dominant

Ärzte konzentrieren sich dagegen mehr auf gerade solche Momente des Krankheitsgeschehens. Nur das gemeinsam Besprochene kann aber im Gespräch zählen.

Zentrale sprachliche Handlungen zum Abgleich der unterschiedlichen Wissensvoraussetzungen und Einschätzungen sind Fragen. Hier lassen sich aufgrund meiner Untersuchungen zwei Fragetypen unterscheiden: Präzisierungsfragen und Komplettierungsfragen.

Mit Präzisierungsfragen knüpft der Arzt direkt an die Worte des Patienten an:

P: Im Moment habe ich (0.3) wie wie gesacht schon immer
die Aussetzer (0.3) und (0.2) hier Magen Darmstörungen
[...]

A: Sie haben eben gesacht Aussetzer was verstehen sie darunter?

Präzisierungsfragen haben für das Gespräch mehrere wesentliche Vorteile. Einmal sind sie geeignet, "vor Ort" eingesetzt zu werden, also an der ersten möglichen Stelle, an der der Arzt nachfragen kann. Und sie machen es möglich, sich kurzfristig auf einen für den Arzt wichtigen Teilsachverhalt zu konzentrieren, ohne dass er damit automatisch das

Gespräch dominiert. Dem Patienten wird das "Rederecht" nur kurz entzogen, er bleibt der "primäre Sprecher"²². Dadurch, dass der Arzt sich mit Präzisierungsfragen an der Aussage des Patienten orientiert, bleibt er der Fixpunkt der Exploration und erhält für seine Beschwerdenschilderung Unterstützung und Anstöße zu einer vertieften Reflexion seiner Probleme.

Komplettierungsfragen sind dagegen anders motiviert. Im Laufe der Beschwerdenschilderung durch den Patienten führt der Arzt sukzessive gedankliche Operationen durch, die ihm eine Zuordnung der erzählten Sachverhalte zu einem Krankheitsbild erlauben. Komplettierungsfragen zeichnen sich nun dadurch aus, dass sie sich auf Sachverhalte beziehen, die der Patient bis dato nicht erwähnt hat, die aber für den Arzt unter diagnostischen Gesichtspunkten relevant sind. Oft handelt es sich dabei um das Angebot eines Symptoms aus einem Diagnosekatalog:

P: Mir ist unheimlich schlecht

A: Haben sie denn erbrochen?

P: Nein

A: Erbrochen nicht

Stuhlgang ist normal?

Weitere Themen solcher Fragen sind persönliche Daten oder Umstände der Erkrankung usw.

Manchmal ist der Bezug einer Komplettierungsfrage zur Aussage des Patienten noch unmittelbar einleuchtend wenn beispielsweise der Arzt über das vom Patienten angegebene Körperfeld hinaus Symptome erfragt. Eine große Anzahl von Komplettierungsfragen ist hingegen für den Patienten wesentlich schwieriger zu durchschauen im Hinblick auf einen Zusammenhang mit seinen eigenen Äußerungen:

P: Dieletzte Zeit (0.3) werd ich urplötzlich wenn ich abends nach Hause komme dann bin ich (0.2) todmüde (0.4) dann könnt ich einschlafen und leichte Übelkeit hab ich auch oft

A: Sie sind bei [DER FIRMA] Dücker ne?

Es scheint, als erkundige sich die Ärztin hier und mit einer ganzen Liste weiterer Fragen nach harten Fakten, wie eben Arbeitsplatz oder auch Beruf, Geburtsdaten etc. Die Ärztin ist aber an etwas ganz anderem interessiert, wie sich jedoch erst in der sechsten und siebten Frage in unmittelbarer Abfolge herausstellt:

A: Also da kann keine Schwierigkeit sein gell [...] für ihren (0.2) Arbeitsplatz müssen sie auch nicht fürchten?

Erst bei diesen letzten beiden Formulierungen wird klar, dass die Ärztin von vornherein einen beruflichen Zusammenhang als mögliche Ursache der von der Patientin dargestellten Symptomatik im Auge hatte.

Es ist im Übrigen sehr auffallend, wie viele Ärzte schon nach wenigen Worten der Patienten die Frage nach der (möglichen) Ursache stellen. Dieses Kausalitätsdenken ist ein Hinweis darauf, dass gleich mit Beginn der Beschwerdenschilderung Krankheitsbilder im Ausschlussverfahren geprüft werden. Komplettierungsfragen werden dabei meist ausgelöst durch diagnostisches Wissen des Arztes, das aber für den Patienten zwangsläufig wenig transparent ist.

Präzisierungsfragen sind an den Äußerungen der Patienten orientiert (patientenangeleitet), Komplettierungsfragen dagegen am Wissen der Arztes (wissensgeleitet). Präzisierungsfragen sind transparent, wenig interventiv und wenig dominant, Komplettierungsfragen dagegen sind oft undurchschaubar, stark interventiv und stark dominant. Präzisierungsfragen sind aufgrund ihres vorhin beschriebenen Zusammenhangs mit den Äußerungen des Patienten von vornherein verständlicher als Komplettierungsfragen, die dem (für den Patienten unbekannten) Wissen des Arztes entspringen. Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, liegt darin, Komplettierungsfragen zu sammeln und sie an geeigneter Stelle mit einer kurzen Erläuterung einzubringen. Eine frühe Übernahme der Gesprächsführung durch den Arzt verhindert jedenfalls in den meisten Fällen, dass der Arzt mehr erfährt, als er erfragt.

Nach diesen ausführlicheren Überlegungen zur Gesprächseröffnung und zur Beschwerdenexploration kehre ich nun wieder zum Handlungsschema des ärztlichen Gesprächs zurück und will wenigstens noch kurz die übrigen Bestandteile darstellen.

3. Diagnosestellung

Die Diagnosestellung ist eine zentrale, oft jedoch von Ärzten vernachlässigte Gesprächsphase. In ihr geht es darum, eine gemeinsame Definition des gemeinsam ausgehandelten Beschwerdebildes zu formulieren. Eine unklare oder gar gänzlich unterlassene Definition von Problemsachverhalten behindert die Lösungsfindung oder macht sie sogar unmöglich. Diese Problematik ergibt sich daraus, dass aktive Mitarbeit ein Verständnis dessen voraussetzt, "um was es geht". Dass dabei auch die Compliance der Patienten gefährdet ist, ergibt sich von selbst.

Problematisch ist auch eine verkürzte Diagnosemitteilung wie die folgende:

A: Guten Tag nehmen sie Platz

P: Guten Tag

A: Sie wissen wahrscheinlich um was es geht

P: Nein

A: Das ist bösartig die Brust muss ab (0.5)

ich sag ihnen jetzt mal wie es weitergeht [...]

Nach marginalen Begrüßungsformalitäten geht der Arzt hier unmittelbar über zur Mitteilung einer Diagnose und zu einer geradezu autoritär formulierten Therapieplanung. Der Arzt sah es dabei nicht als seine Aufgabe an, mit dem Schock der Diagnose in irgendeiner Weise umzugehen. Der Mangel an Empathie bei der Mitteilung der Diagnose Krebs wurde von der Patientin als weitere Traumatisierung erlebt und führte dazu, dass sie den Arzt wechselte.

4. Therapieplanung und -entwicklung

Bei der Therapieplanung und Entscheidungsfindung müssen die Möglichkeiten einer therapeutischen Intervention zwischen medizinisch Gebotem und den alltagspraktischen Erfordernissen des Patienten ausgehandelt werden. Dabei stehen zunächst Aktivitäten des Arztes im Vordergrund, die Entwicklung eines Therapieplans und seine Erläuterung. Dann geht es aber auch um das aktive Erfragen der Wünsche und des Verständnisses des Patienten und die Verhandlung seiner Möglichkeiten zur aktiven Übernahme der Therapievorschlüge.

Gerade für diese Phase des ärztlichen Gespräches hat sich in den letzten Jahren aufgrund von Ergebnissen der Compliance-Forschung eine breite Diskussion über partnerschaftliche Entscheidungsmodelle entwickelt¹³.

Neuere Studien zeigen, dass ein einseitig paternalistisches Vorgehen keineswegs selten ist und sich die Entscheidungskultur in der Praxis noch wenig partnerschaftlich gestaltet³. Auch nicht hinterfragte Annahmen des Arztes über Therapieerwartungen der

Patienten insbesondere bei einer medizinisch nicht erklärbaren Symptomatik können in dieser Phase zu problematischen Verschreibungen führen. Besonders problematisch kann sich die interaktive Aushandlung von Bedürfnissen der Patienten und der Therapieplanung auswirken, wenn die Diagnose unsicher und die Symptomatik medizinisch unerklärbar ist, was in etwa einem Fünftel aller Arztbesuche der Fall ist. Während Patienten zunächst Akzeptanz und Mitgefühl für ihr Leiden erwarten, tendieren Ärzte zur therapeutischen Symptombehandlung ohne erwartbaren Heilerfolg²³. Das aktive Erfragen der Wünsche und des Verständnisses der Patienten ist aber die wesentliche Aufgabe der Therapieplanung

5. Gesprächsbeendigung und Verabschiedung

Die Gesprächsbeendigung ist schließlich ein interaktiver Prozess, der die Bereitschaft und aktives Handeln beider Seiten braucht. Frühere Untersuchungen zeigten, dass Patienten relativ häufig diese 'letzte Chance' nutzen, um bisher noch nicht angesprochene Anliegen und Fragen einzubringen. Dies erzeugt Probleme im Zeitmanagement des Arztes und meist Unzufriedenheit mit dem Gesprächsverlauf auf beiden Seiten. Eine neuere konversationsanalytische Untersuchung konnte aber demgegenüber zeigen, dass solche Patienteninitiativen immer auf interaktive Einladung durch den Arzt erfolgen (West 2006). Der Arzt lädt zur Überziehung des Gesprächsplans ein, nicht der Patient!

Das Gesprächsende ist aber nicht nur der Abschluss des laufenden Gesprächs, sondern auch Ausgangspunkt für die Weiterführung der Behandlung und der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Ein guter Gesprächsabschluss stellt also den Boden für das Gelingen der weiteren Behandlung und Gespräche her. Damit hat diese Gesprächskomponente sowohl

abklärende und zusammenfassende Funktionen wie auch solche zur Vereinbarung zukünftiger Aufgaben.

Die Darstellung des Handlungsschemas erfolgte hier in einer idealtypischen Weise. Idealtypisch bedeutet dabei nicht, dass dies der ideale Ablauf eines ärztlichen Gesprächs wäre, sondern dass diese Reihenfolge zum einen den häufigsten Ablauf darstellt, und zum anderen damit auch eine handlungslogische Reihenfolge gegeben ist. Einzelne Aufgaben des Handlungsschemas können dabei von den Teilnehmern in mehreren Anläufen oder Runden bearbeitet werden, oder es werden bestimmte Teilaufgaben vorgezogen oder zu einem späteren Zeitpunkt in einer anderen Handlungsphase nachgeholt.

Bei einem Handlungsschema handelt es sich also um eine grobe Ablaufstruktur, mit der Gesprächsteilnehmer ihr Gespräch organisieren, und an der sie sich auch in den Details ihrer Gesprächsaufgaben orientieren können.

Zur Anwendung gesprächsanalytischer Untersuchungen ärztlicher Gespräche

Wie kann man nun die Analyse der Handlungsstruktur ärztlicher Gespräche mit Patienten für Kommunikationstrainings nutzen? Ein wesentlicher Vorteil der empirischen Analyse von Handlungsstrukturen liegt darin, dass damit die von Ärzten selbst verwendeten konkreten interaktiven Handlungen den Untersuchungsgegenstand bilden. Erfasst und typisiert werden diese Aktivitäten in Bezug auf ihre interaktiven Leistungen zur Beschwerdenexploration, zur Mitteilung und Erklärung von Diagnosen oder zur Erläuterung von Therapievorschlügen. Wesentlich dabei ist die Erfassung der sequenziellen Implikationen von Aktivitätstypen, also wann sie jeweils eingesetzt werden und welche systematischen interak-

tiven Folgen sie haben – also auch: welche kommunikativen Chancen und Risiken damit verbunden sind.

Es ist dabei nicht erforderlich, aus den Ergebnissen der Analysen normative Vorgaben abzuleiten – jeder Arzt kann mit dem Wissen über die sequenziellen Implikationen selbst entscheiden, welche Aktivitätstypen er verstärkt einsetzen und welche er eher unterlassen will. Die sequenziellen Implikationen von Aktivitäten sind zugleich auch Hinweise auf die Folgen für die Beziehung der Gesprächspartner und auf die Folgen für die Bereitschaft von Patienten, Auskunft zu geben, Diagnosen zu verstehen oder Therapiemaßnahmen zu befolgen.

Am Beispiel der Gesprächseröffnung und der Beschwerdenexploration habe ich selbst auch in Kommunikationstrainings für Ärzte erfahren, wie nützlich das Wissen um die verschiedenen Möglichkeiten ist. Ich habe zunächst anhand von Beispielen die Typen der Gesprächseröffnung und ihre systematischen Folgen vorgestellt. Die Ärzte haben dann im Laufe einiger Wochen in ihren eigenen Gesprächen mit Patienten die verschiedenen Typen der Gesprächseröffnung, die sie selbst einmal erproben wollten, eingesetzt und in einem Folgeseminar darüber berichtet. Alle Ärzte haben berichtet, dass die Art der Gesprächseröffnung nicht nur den Beginn der Gespräche verändert hat, sondern das ganze nachfolgende Gespräch. Und alle haben sich im Lauf der Zeit für eine weniger direktive Gesprächseröffnung entschieden, weil sie so systematisch mehr und wichtigere Informationen vom Patienten erhalten haben.

Einen ähnlichen Effekt hatten auch die Ergebnisse der Untersuchungen zur Beschwerdenexploration. Hier haben die Ärzte erfahren, welchen kommunikativen Stellenwert aktive Rückmeldung, verständnissichernde Reformulierungen oder Kommentare besitzen. Und sie

erkannten den Unterschied zwischen Fragen, die sich nur aus dem Arztwissen speisen und solchen, die sich direkt an den Äußerungen der Patienten orientieren. Fast alle haben berichtet, dass sie nun zuerst Darstellungen von Patienten mit Präzisierungsfragen vertiefen, bevor sie Fragen stellen, die sich ihnen zur diagnostischen Komplettierung aufdrängen. Übrigens hat sich dadurch kein Zeitverlust ergeben, wie von vielen zunächst befürchtet wurde.

Einen ganz trivialen Hinweis, der sich in vielen linguistisch-gesprächsanalytischen, aber auch psychosomatisch und psychotherapeutisch orientierten Kommunikationstrainings ergeben hat, möchte ich zum Schluss meines Vortrags noch geben: Ärzte profitieren sehr davon, wenn sie eigene Gespräche aufzeichnen und anhören. Nimmt man ihnen die Scheu davor, sich selbst anzuhören und gibt man ihnen analytische Mittel an die Hand, wie zum Beispiel die Analyse von Aktivitätstypen und interaktiven Handlungsstrukturen, so können sie ihre Gesprächsführung nach und nach selbstbestimmt verändern und Erfolge und Probleme selbst erkennen. Die Reflexion über das eigene Handeln ist eben nach wie vor die wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche und dauerhafte neue Praxis.

Reference

1. Becker-Mrotzek M (1999). Diskursforschung und Kommunikation in Institutionen. Heidelberg.
2. Deppermann A (1999). Gespräche analysieren. Eine Einführung in konversationsanalytische Methoden. Opladen.
3. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R (2003). Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Quality & Safety in Health Care* 12, S.93-99.
4. Epstein R, Campbell TH, Cohen-Cole S (1993). Perspectives on Patient-Doctor Communication. In: *The Journal of Family Practice* 37(4), S377-388.
5. Frankel R (2000). The (socio-)linguistic turn in physician-patient communication research. *Georgetown University Round Table On Languages And Linguistics* S.81-103.
6. Geisler L (1989). *Arzt und Patient Begegnung im Gespräch*. Frankfurt.
7. Gülich E, Schöndienst M, Surmann V (2002). (Hrsg.): *Wie Anfälle zur Sprache kommen. Psychotherapie & Sozialwissenschaft, Themenheft 4*.
8. Gülich E, Schöndienst M, Surmann V (2003). (Hrsg.): *Schmerzen erzählen. Psychotherapie & Sozialwissenschaft, Themenheft 4*.
9. Hart J (1998). Expectations of health care: Promoted, managed or shared? *Health Expectations* 1(1), S.3-13.
10. Heritage J, Maynard D (2006). *Communication in Medical Care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge.
11. Kallmeyer W (2005). Konversationsanalytische Beschreibung. In: U. Ammon, N. Dittmar, K. Mattheier, P. Trudgill (Hrsg.): *Sociolinguistics/Soziolinguistik*. Berlin/New York: S.1212-1225.
12. Kickbusch I (2006). *Die Gesundheitsmegatrends und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Hamburg.
13. Koerfer A, Köhle K, Obliers R (2005). Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient - Modelle der Beziehungsgestaltung in der Medizin. In: Neises et al. S.137-160.
14. Köhle K, et al (2007). *Manual zur ärztlichen Gesprächsführung und Mitteilung schwerwiegender Diagnosen*. Köln.
15. Köhle K, Raspe HH, et al (1982). *Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen*. München.
16. Kurz S, Silverman J, Draper J (1998). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Oxon: Radcliffe Medical Press.
17. Löning P (2001). Gespräche in der Medizin. In: K. Brinker, G. Antos, W. Heinemann, S. Sager (Hrsg.): *Text- und Gesprächslinguistik*. Berlin/New York: S.1576-1588.

18. Meerwein F (1969). Das ärztliche Gespräch. Bern.
19. Menz F, Lalouschek J, Stöllberger C, Vodo-piutz J (2002). Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Brustschmerz: Ergebnisse einer medizinisch-linguistischen transdisziplinären Studie. In: Linguistische Berichte 191, S. 343-366.
20. Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy TH (2005). (Hrsg.) Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauen- heilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart 2005.
21. Nowak P (2007). Eine Systematik sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en. Metastudie über Diskursforschung zu deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktionen. Wien: Dissertation Universität Wien.
22. Quasthoff U (1990). Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip, das Verantwortungsprinzip. Zum Verhältnis von "Alltag" und "Institution" am Beispiel der Verteilung des Rederechts in der Arzt-Patienten-Interaktion. In: K. Ehlich, A. Koerfer, A. Redder, R. Weingarten (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Wiesbaden S.66-82.
23. Ring A, Dowrick CH, Humphris G, Salmon P (2004). Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. In: British Medical Journal 328(7447), S.1057.
24. Ripke TH (1994). Patient und Arzt im Dialog. Praxis der ärztlichen Gesprächsführung. Stuttgart/New York.
25. Rogers C (1972). Die nicht direkte Beratung. München.
26. Siegrist J (1978). Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Vergleichende medizinsoziologische Untersuchungen in Akutkrankenhäusern. Stuttgart.
27. Spiegel C, Spranz-Fogasy TH (2001). Aufbau und Abfolge von Gesprächsphasen. In: K. Brinker, G. Antos, W. Heinemann, S. Sager (Hrsg.): Text- und Gesprächslinguistik. Berlin/New York: S. 1241-1252.
28. West C (2006). Coordinating closings in primary care visits: producing continuity of care. In: Heritage/Maynard, S. 379-415
29. <http://hypermedia.ids-mannheim.de/gais/pdf/API-07032007.pdf>
30. <http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/api-on>